

## **FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL**

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

1. **TRATAMIENTO A HACERSE**

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento; Empaste \_\_\_ Puentes \_\_\_ Coronas \_\_\_ Extracción de Dientes \_\_\_  
Extracción de Dientes Impactados \_\_\_ Anestesia General \_\_\_ Conducto Radicular \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

(Iniciales \_\_\_\_\_)

2. **FARMACOS V MEDICAMENTOS**

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tetidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)

(Iniciales \_\_\_\_\_)

3. **CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO**

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura quo no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarias.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

4. **EXTRACCION DE DIENTES**

Se me han explicado las alternativas a una exlrracción do dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo quo la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesile tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracció de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante a después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

5. **PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO V HUESO)**

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando infiamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes do tratamiento altemativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extraccions. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

(Iniciales \_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por to tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Joan M. Colfer, M.D., M.P.H., Director**

3301 Tamiami Trail E • Bldg. H  
Naples, Florida • 34112-4961  
Telephone (239) 774-8200



Mailing Address:  
Post Office Box 429  
Naples, Florida • 34106-0429